

Schwerpunktthema:

«Ne touchez pas ...!»

- 3 Wie weiter mit dem Gesundheitswesen?
- 5 «Alle komplexen Systeme steuern sich selbst»
- 8 Partizipation von Betroffenen in der Forschung:
Wie kann das funktionieren?
- 10 Werfen wir die Flinte ins Korn – ein Gastkommentar
- 11 «Rettet die Medizin»
- 12 (S)Teuerung
- 13 uniham-bb
- 14 Vielen Dank für Ihre Unterstützung 2023!

Die Synapse finden Sie
auch unter:
www.synapse-online.ch

Editorial

Der Kern unserer Tätigkeit

Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Kolleginnen und Kollegen

In dieser Ausgabe werden wesentliche Kernelemente unserer ärztlichen Tätigkeit ins Bewusstsein gerufen. Mehrere Artikel beleuchten Grundsätzliches zu Systemen und zum Gesundheitssystem aus unterschiedlicher Warte. Nächstes Jahr wird hoffentlich einiges neu, zum Beispiel die Tarifstruktur, vielleicht auch jemand, der neu in der politischen Verantwortung steht und den Mut findet, Patientinnen und Patienten sowie diejenigen, die sich direkt um diese kümmern, in den Mittelpunkt zu stellen. Im letzten Jahrzehnt begann die Bürokratie zu wuchern.

Etatistische oder neoliberale Ansätze werden wider besseres Wissen in einer Art verfolgt, dass Pragmatismus und gesunder Menschenverstand auf der Strecke bleiben.

Im Vordergrund stehen rechtliche und ökonomische Erwägungen. Auf die Seite geschoben sind die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten sowie die Gesundheit des Einzelnen und die der Bevölkerung. Der Global Tobacco Industry Interference Index 2023 zeigt auf, dass die Schweiz bezüglich Einflussnahme der Tabakindustrie auf die Politik zu den Schlusslich-

tern bezüglich Good Governance gehört (Rang 89 von 90). Somit steht diese Politik auch in der Verantwortung für Schweizer Gesundheitskosten in Milliardenhöhe und die gesundheitliche Schädigung unzähliger Kinder und Erwachsener im In- und Ausland.

Gemäss einer nationalen Schweizer Studie vom Verband der freien Berufe wird ein ganzer Arbeitstag einer 5-Tage-Arbeitswoche bei Ärztinnen und Ärzten ausschliesslich für administrative Tätigkeiten aufgewendet. Dieser durch Bürokratie verursachte administrative Mehraufwand bringt die Balance zum Kippen und führt dazu, dass viele aus der patientenzentrierten Berufstätigkeit aussteigen, da diese immer weniger am Patienten orientiert und zunehmend sinnentleert ist.

Wir hoffen, dass Sie über den Jahreswechsel erholsame Momente im Kreise vertrauter Menschen erleben können und für die Herausforderungen im nächsten Jahr Kraft tanken. Im Namen der gesamten Redaktion wünschen wir Ihnen eine interessante Lektüre, eine schöne Weihnachtszeit und einen guten Start ins Jahr 2024.

*Dr. med. Carlos Quinto,
Mitglied Vorstand Ärztegesellschaft Baselland
und Mitglied Redaktion Synapse*

Carlos Quinto





Genossenschaft

Sind Sie auf Kurs?

Ihr Kompass für unternehmerischen Erfolg

Die Ärztekasse unterstützt Sie bei der raschen und korrekten Abrechnung und organisiert das Mahnwesen. So werden Ihre Rechnungen schneller bezahlt. Dank der Honorarbevorschussung ist die finanzielle Liquidität jederzeit sichergestellt.



Weitere Infos und Angebote auf
aerztekasse.ch



Am Puls der Zeit

Ä K **ÄRZTEKASSE**
C M **CAISSE DES MÉDECINS**
C M **CASSA DEI MEDICI**

Ärztekasse – die standeseigene
Genossenschaft an Ihrer Seite

Leitartikel

Wie weiter mit dem Gesundheitswesen?

Lassen Sie uns zum Jahresende für einen Moment aus der Hektik des politischen Alltags aussteigen, einen Schritt zur Seite machen und uns den Betrieb des Schweizer Gesundheitswesens mit einer gewissen Distanz betrachten, um den Blick auf das grosse Ganze und auf den Kern unserer ärztlichen Tätigkeit nicht aus den Augen zu verlieren.

Wir haben im vergangenen Jahr immer wieder – auch hier in der *Synapse* – auf verschiedene Missstände und Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen aufmerksam gemacht, wir haben über die Fehler im System, über Bürokratie und Fehlanreize berichtet, über die unsägliche Tabak-Lobby und ihren Einfluss im Parlament. Wir haben die steigenden Gesundheitskosten ins Verhältnis zu den steigenden Prämien gesetzt und damit relativiert. Wir haben festgestellt, dass die alljährliche Prämienhöhungs-Pressekonferenz des Bundesrates im Herbst inzwischen zu einem unwürdigen Empörungsritual verkommen ist, das regelmässig zu den immergleichen Reflexen und Aktivitäten führt, die ebenso konstant ins Leere laufen.

Wir haben uns immer wieder Fragen gestellt. Zum Beispiel: Wie müssen wir unser Gesundheitssystem verändern, damit wieder die Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehen? Und wie muss es organisiert sein, damit Ärzteschaft und Pflege dieses Ziel optimal erreichen können? Ist unser Gesundheitssystem überhaupt noch steuerbar? Oder reguliert es sich selbst? Sind die Kosten wirklich zu hoch? Und warum wird so wenig über den Nutzen gesprochen? Vor allem aber haben wir uns gefragt:

Was läuft schief?

Wir sind bei der Analyse und bei der Suche nach den Antworten im Wesentlichen zur Haupterkenntnis gelangt, **dass die aktuelle Gesundheitspolitik die Patientenversorgung akut bedroht**, und zwar primär aus folgenden Gründen:

- Es fehlen (zu) viele Fachkräfte, in den Spitälern ebenso wie in den Praxen. Die Nachwuchsförderung wurde sträflich vernachlässigt, sowohl bei der Ärzteschaft als auch in der Pflege. Die Fachkräfte gehen uns aus, bevor uns das Geld ausgeht.
- Die Medikamentenversorgung ist nicht mehr gewährleistet. Das betrifft neben den Medikamenten Impfstoffe und neu auch Medizinprodukte.
- Eine überbordende Bürokratie zerstört durch immer mehr sinnlose administrative Zusatzarbeit die intrinsische Motivation aller Medizin- und Gesundheitsberufe und macht sie unattraktiv. Dazu kommen immer mehr Kon-

trollen und Expertisen, die die Handlungsmöglichkeiten der Ärztinnen und Ärzte und der Pflege gegenüber dem Patienten einschränken, zynischerweise auch noch unter dem Vorwand der Qualitätsverbesserung.

Eine ständige, emotional und unsachlich geführte Prämien- und Kostendiskussion diskreditiert den Nutzen der Medizin und führt letztlich zu einer verheerenden «Ökonomisierung der Medizin».

- Der volkswirtschaftliche Nutzen der Medizin ist gross, wird aber selten entsprechend gewürdigt.
- Das hat u. a. katastrophale Auswirkungen auf die Perspektiven einer neuen Generation von Ärztinnen und Ärzten. Sie erleben und erfahren, dass ökonomische Entscheidungen die medizinischen übersteuern und sie das Patientenwohl und sich selbst diesen unterordnen müssen.
- Durch eine praxisferne Über- und Mikroregulation hat die Gesundheitspolitik dem Gesundheitswesen die Krisenresistenz genommen. Dazu kommt ein Lobbyismus, der die Partikularinteressen stärker gewichtet als das Gemeinwohl.
- Die durch die Gesundheitspolitik und *santé-suisse* über Jahre hinausgeschobene und verzögerte Einführung des TARDOC kostet uns relevante Summen und gefährdet die Versorgungssicherheit, da insbesondere die paramedizinischen Berufe ihre Tätigkeit nicht zu zeitgemässen Bedingungen ausüben können.

So weit unsere kurze Bestandsaufnahme, ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Wie konnte es so weit kommen?

Es genügt nicht, bei der Auflistung von Mängeln zu verharren. Es geht um die Verbesserung und Optimierung unseres Gesundheitssystems. Und die beginnt mit der Frage nach den Ursachen des gegenwärtigen Malaises. Wie konnte es so weit kommen?

Eine der besten Analysen zu diesen Fragen hat aus unserer Sicht der Medizinethiker Prof. Dr. med. Giovanni Maio (Uni Freiburg) gemacht, der in den letzten Jahren mehrmals in der *Synapse* zu Gast war, als Autor und Interviewpartner.

Er plädiert im Wesentlichen für eine Rückbesinnung der Ärztinnen und Ärzte auf ihre Kernkompetenzen:

- *Die Kernqualifikation eines Arztes liegt im gekonnten Umgang mit Komplexität, in der Bewältigung von Unsicherheit, im professionellen Umgang mit Unwägbarkeiten und*

durch diese Qualifikationen hindurch letzten Endes in der sorgsamten Erkundung dessen, was für den konkreten Patienten das Beste ist.

- *Zur ärztlichen Logik gehört nicht primär Effizienz, Output und Beschleunigung, sondern Sorgfalt, Ruhe, Weitblick, Geduld und Reflexivität. Zur ärztlichen Logik gehört ein ganzheitliches Denken, ein Wille, zunächst den ganzen Menschen sehen zu wollen, bevor man als Arzt eine Diagnostik ansetzt.*

Im Klartext: Der Patient, die Patientin muss zwingend im Zentrum der ärztlichen Tätigkeit stehen. Dazu braucht ein Arzt oder eine Ärztin einen Rahmen, der ihm oder ihr einen grösstmöglichen Ermessensspielraum lässt, um situationsgerecht mit oder im Sinne der jeweiligen Patientin, des jeweiligen Patienten entscheiden zu können. Dieser Spielraum wird Ärztinnen und Ärzten heute durch zahlreiche starre bürokratische Regelungen weggenommen.

Je mehr die Medizin als industrieller Produktionsprozess betrachtet werde, sagt Maio, desto mehr werde ein Aktionismus gefördert, der das Machen belohne und das Zuhören bestrafe. Dabei werden Behutsamkeit und Sorgfalt als etwas angesehen, was den Betrieb stört. Die Ärzte werden dabei von den politischen Vorgaben auf die Rolle von Vollzugsbeamten reduziert.

Eine gute Medizin kann es nur geben, wenn sie auf Werte setzt wie Sorgfalt als Ergänzung zur Schnelligkeit, Geduld als Ergänzung zur Effizienz, Beziehungsqualität als Ergänzung zur Prozessqualität.

Die Leistungen der Ärztinnen und Ärzte sind heute im Zuge der Industrialisierung der Medizin auf die dokumentierbaren Eingriffe fokussiert, was eine unzulässige Reduktion ihrer Arbeit darstellt. Denn die Tätigkeit des Arztes kann nicht einfach auf die Organisation eines reibungslosen Ablaufs reduziert werden.

Je mehr das System in die beschriebene industrielle Richtung drängt, desto mehr werden Ärztinnen und Ärzte vom System her abgehalten, sich um Patienten in komplexen Situationen zu kümmern. Dies ist jedoch genau das Gegenteil dessen, was wir in Zukunft brauchen, weil die Zukunft der Medizin eine Medizin der Komplexität sein wird.

Einen Schritt weiter als Prof. Maio geht Prof. Peter Pramstaller in seinem Buch «Rettet die Medizin» (siehe Buchbesprechung in dieser Synapse auf Seite 11). Er ist überzeugt, dass Ärzte auch im ökonomischen Bereich die Leitung übernehmen müssten, weil nur Ärztinnen und Ärzte den ganzen Behandlungsweg eines Patienten im Detail kennen und wüssten, welche Massnahmen es für eine optimale medizinische Behandlung brauche. Pramstaller fordert die Ärztinnen und Ärzte auf, sich neben medizi-

nischen Kenntnissen auch ökonomisches Führungswissen anzueignen, und er verlangt von den Universitäten eine entsprechend angepasste Aus- und Weiterbildung: *Wir brauchen auch ökonomische und organisatorische Grundkenntnisse. Doch die werden weder angehenden noch bereits praktizierenden Ärzten systematisch vermittelt.*

Pramstaller beobachtet eine Entwicklung, die auf einen Wendepunkt im Gesundheitswesen zusteuert ... *und es liegt an uns Ärzten, dafür zu sorgen, dass sich die Richtung ändert und sich die Medizin wieder ihrem Sinn- und Wesenskern zuwendet: der Verhinderung, Heilung und Linderung von Leiden.*

Es waren im Kern Überlegungen dieser Art, die dazu geführt haben, dass wir im Herbst 2022 die Kampagne «Gemeinsam für ein Gesundheitswesen mit Augenmass» lanciert haben, an der unsere beiden Basler Ärztesellschaften (MEDGES und AeGBL) federführend beteiligt sind.

Wesentliches von Unwesentlichem trennen

Wie eingangs erwähnt, soll dieser Text dazu dienen, den Blick auf das Wesentliche zu schärfen. Zum Wesentlichen gehört – trotz aller obgenannten Kritik – auch:

Die Schweiz hat ein nach wie vor hervorragendes Gesundheitswesen. Die Lebenserwartung gehört zu den höchsten der Welt.

Im internationalen Vergleich ist die von der Bevölkerung empfundene Qualität des Gesundheitssystems unübertroffen. Dazu hat vor allem auch die Medizin selbst viel beigetragen, die in den letzten Jahren und Jahrzehnten zum Teil gewaltige Fortschritte gemacht hat, zum Vorteil der Lebensqualität aller Menschen, nicht nur der Patientinnen und Patienten.

Wer am Jahresende das grosse Ganze in den Blick nimmt, kommt allerdings auch nicht umhin, festzustellen, dass unser Planet gerade dabei ist, aus den Fugen zu geraten.

Da können wir als Schweizer Ärztinnen und Ärzte nur dankbar sein, in einem Land leben zu dürfen, das keine Schlachtfelder kennt, auf denen Tausende jeden Tag ihr Leben verlieren, in dem der Hass noch nicht mehrheitsfähig ist und in dem die Würde eines jeden menschlichen Lebens unantastbar ist.

Vor diesem Hintergrund möchten wir schliessen mit einem Zitat von Dr. Albert Schweitzer, der gesagt hat:

Ich bin Leben, das leben will, inmitten von Leben, das leben will.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen einen dankbaren und friedlichen Jahreswechsel und einen guten Start ins neue Jahr.

Redaktion Synapse

Fragen an M. Zwahlen, C. Schmitz, P. Berchtold

«Alle komplexen Systeme steuern sich selbst»

Synapse: Wie beurteilen Sie das Schweizer Gesundheitssystem in seiner heutigen Struktur und seiner aktuellen Organisationsform? Wo liegen die Stärken?

Eine Stärke des Schweizer Gesundheitssystems ist der fast uneingeschränkte Zugang der Patientinnen und Patienten zur Versorgung ungeachtet von Krankheit, Versicherungsform, Herkunft, Bildung oder Einkommen. Auch wenn in jüngerer Zeit Spitäler immer wieder Eingriffe infolge fehlender Fachkräfte oder Verlegungsmöglichkeiten verschieben müssen, haben Patientinnen und Patienten in der Schweiz (noch) keine grösseren Wartezeiten. Eine weitere Stärke ist die hohe fachliche Qualifikation in den Gesundheitsberufen sowie die (noch) gute Arbeitsmotivation der Berufspersonen, wobei sich hier Verschlechterungen ankünden.

Und wo die Schwächen?

Wo sind die grössten Baustellen?

Schwächen des hiesigen Systems, quasi die Kehrseite der oben beschriebenen Medaille, ist unsere ausgeprägte Abhängigkeit von ausländischen Berufspersonen, insbesondere im ärztlichen und im Pflegebereich, und dass wir in ländlichen bzw. alpinen Regionen mit zunehmenden Versorgungslücken zu kämpfen haben. Zudem: Der hohe Altersdurchschnitt in den allgemeinärztlichen Privatpraxen wird in den nächsten Jahren zu einer Krise führen. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten und insbesondere derjenigen mit Langzeit- und Mehrfacherkrankungen liegt die grösste Schwäche in den fragmentierten und wenig kohärenten Behandlungswegen. Auch wenn umliegende Gesundheitssysteme mit ähnlichen Problemen (Stichwort integrierte Versorgung) kämpfen, hat die Schweiz – beispielsweise im Unterschied zu den skandinavischen Ländern – einen massiven Rückstand. Das Chaos in der Digitalisierung im Gesundheitswesen erschwert die Situation zusätzlich. Der «freie Zugang» zu spezialisierten ärztlichen Leistungen verschärft zudem das erhebliche Koordinationsdefizit.

Eine der grössten Baustellen ist das inkohärente Vergütungssystem, das im ambulanten Bereich (Einzelleistungsvergütung) Mengenausweitung fördert und im stationären Bereich (DRG) wohl dazu führt, dass der grössere Teil der Spitäler wohl in nächster Zeit defizitär wird.

Die DRG-Vergütung unterstellt, dass bei den Spitalern Effizienzsteigerungsmöglichkeiten bestehen, die im Dienstleistungsbereich so nicht (mehr) gegeben sind. Einfach ausgedrückt: So wie der Coiffeur nicht beliebig schneller schneiden kann, kann das auch die Chirurgin nicht. Auch führt der Versuch, Effizienz vornehmlich über finanzielle Anreize zu optimieren, zu einem Qualitätsproblem. Wenn Produktivität nicht gesteigert werden kann, müssen Leistungen verdichtet bzw. abgebaut und auf Innovationen verzichtet werden. Das sollte eigentlich niemand wollen.

Das Risiko des Qualitätsabbaus tragen die Patientinnen und Patienten sowie das Personal, bei dem sich ein gefährlicher Teufelskreis bemerkbar macht, indem Qualitätsabbau Frustrationen erzeugt, die zu Berufsausstiegen führen, die Wissensverluste bedeuten, was wiederum den Stress beim Rest des Personals erhöht und zu weiterem Qualitätsabbau führt. Ein klassischer Teufelskreis. Der ist nicht nur bei uns, sondern auch international zu beobachten, was den Problemgehalt dieser Entwicklung nur unterstreicht. Denn wer möchte von gestresstem und demotiviertem Personal betreut werden?

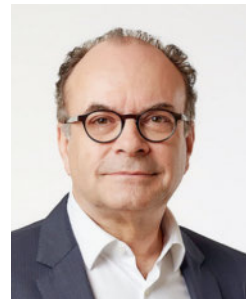
Wie beurteilen Sie das Schweizer Gesundheitssystem heute im internationalen Vergleich? Gibt es aus Ihrer Sicht ein ausländisches Gesundheitssystem, das der Schweiz als Modell dienen könnte?

Bemerkenswerterweise sind die beschriebenen Entwicklungen grundsätzlich in allen westlichen Systemen zu beobachten. Immer wieder wird das Schweizer System – in Bezug auf die Kosten in Prozent des BIP – als das zweitteuerste der Welt aufgelistet. Die Schweiz ist allerdings auch eines der reichsten Länder der Welt. Wie in vielen Ländern bestehen die Probleme in sektoriell unterschiedlicher Unter- und Überversorgung, der Schwierigkeit, die Spezialisierung der Medizin zu integrieren oder die Behandlung chronischer Patientinnen und Patienten besser zu koordinieren und eine gelungene Digitalisierung voranzutreiben. Man kann an vielen Orten interessante Ansatzpunkte finden (z. B. in Dänemark bzgl. Spitäler, in Holland bzgl. Gatekeeping usw.), aber es existiert kein System, das per se als Modell tauglich wäre.

Marcel Zwahlen



Peter Berchtold



Christof Schmitz



Prof. Marcel Zwahlen ist geschäftsführender Direktor des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin an der Universität Bern. PD Dr. Peter Berchtold und Dr. Christof Schmitz sind Studienleiter MAS «Leading Learning Healthcare Organisations» an der Universität Bern.

Sie haben die Antworten zu dritt im Konsens erarbeitet.

Sie schreiben in einem Text in der Ärztezeitung (2.8.2023), dass unser Gesundheitssystem nicht gesteuert werden könne bzw. dass es sich selbst steuere. Was ziehen Sie daraus für Schlüsse?

Alle komplexen Systeme steuern sich selbst, insofern ist das noch nichts Besonderes. Für unser Gesundheitssystem speziell ist allerdings, etwa im Vergleich zum Markt von Elektronikprodukten, dass sich hier mindestens vier Welten fortlaufend aufeinander beziehen bzw. voneinander abgrenzen: die Medizin (unterteilt in Betreuung und Behandlung), die Ökonomie und die Politik. Daraus folgt zweierlei. Erstens: Diese 4-Welten-Konstellation sorgt dafür, dass die Eingriffsmöglichkeiten der einzelnen Akteure begrenzter Natur sind und niemand das System allein determinieren kann. Zweitens, dass die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Welten dieses Systems entscheidend wären, bislang aber ungenügend Beachtung finden. Solange beispielsweise Krankenkassen administrativen Aufwand einfordern, um Leistungen kontrollieren zu können, und Spitäler interessiert sind, administrativen Aufwand zu betreiben, um höher vergütet zu werden, werden Medizinerinnen und Mediziner oder andere Fachkräfte mehr Administration betreiben müssen, als ihnen lieb und sinn-

voll ist. Hier wären neue und bessere Lösungen zu suchen – an den Schnittstellen. Das könnte einen Unterschied machen.

Das ganze System «krankt» daran, dass die Akteure der einen Welt die jeweils anderen Welten als Problem ansehen.

Die einen meinen, die Politik reguliere zu viel, die anderen, die Leistungserbringer lieferten ungenügende Qualität, und nochmals andere, dass zu viel Administration verlangt werde.

Welche Rolle spielt unser parlamentarisches Milizsystem im Gesundheitswesen? Ist es Teil der Lösung oder des Problems? Ist unser Milizsystem der Komplexität des Gesundheitssystems überhaupt gewachsen?

Wenn unser parlamentarisches Milizsystem einen grundsätzlichen Unterschied machen würde, hätten andere Gesundheitssysteme wie der staatliche NHS in Grossbritannien oder die skandinavischen Länder nicht analoge Problemstellungen wie wir. Wichtig scheint uns, dass die Akteure stärker die Vielfalt der Welten bejahen und weniger in ihren eigenen Logiken verharren würden. Weder Politik noch Ärzteschaft noch die Ökonomie noch sonst jemand hat die Exper-

Das Spital, dem ich vertraue!

Einzelzimmer für alle

Zuweisungen

E-Mail: bettendisposition@adullam.ch

Telefon: +41 (0)61 266 96 00

adullam.ch

tise, aus der heraus klar würde, wie dem System zu «helfen» wäre. Das Einzige, was klar ist, ist, dass es Foren braucht, in denen die verschiedenen Perspektiven miteinander produktiv werden können, ohne die Illusion aufkommen zu lassen, dass man deckungsgleich denken oder gleiche Interessen haben würde. Produktiv ist hier das wichtige Wort. Im Moment wird ja eher gegenseitig blockiert.

Welches ist die Aufgabe der Politik in unserem Gesundheitssystem? Und wie beurteilen Sie die «Macht der (Gesundheits-)Lobby»?

Die Aufgabe der Politik besteht darin, Rahmen zu setzen, zu Entscheidungen über gesellschaftliche Ansprüche und Prioritäten zu kommen und als Regulator entsprechende Leistungsaufträge zu vergeben und zu beaufsichtigen. Da spielen in erster Linie Versorgungssicherheit und -qualität sowie Zugang zu Gesundheitsleistungen eine Rolle, aber natürlich auch Kosten. Gleichzeitig werden Letztgenannte – wie im jüngsten Wahlkampf zu beobachten war – von Politikerinnen und Politikern und politischen Parteien gerne für ihre Zwecke instrumentalisiert, auch weil die Kopfprämien eine direkte Durchschlagskraft auf das Portemonnaie der Bürgerinnen und Bürger haben.

Weil alle Systemakteure davon ausgehen, dass sie wüssten, was richtig wäre, und natürlich auch ihre eigenen Interessen haben, darf nicht erstaunen, dass alle versuchen, ihre Ansichten via Lobbying einzubringen. Damit ist auch gesagt, dass Lobbying eine sehr grosse, um nicht zu sagen problematische Rolle spielt.

Wer vertritt Ihrer Meinung nach die Interessen der Patienten?

Bemerkenswerterweise nehmen alle Akteure, Leistungserbringer, Krankenkassen, Bund und Kantone, für sich in Anspruch, dass sie die Interessen der Patientinnen und Patienten vertreten. Gleichzeitig vertreten sie immer auch ihre jeweils eigenen Ansprüche. Nicht einmal die Krankheitsligen sind frei von Eigeninteressen. Erst in jüngerer Zeit haben sich in der Schweiz Patientenorganisationen wie beispielsweise die SPO etabliert, die sich zum Ziel setzen, ausschliesslich Patienteninteressen zu vertreten.

Wie steht es Ihrer Meinung nach um die «Checks und Balances» in unserem Gesundheitssystem? Gibt es einen fairen Ausgleich der verschiedenen Interessengruppen?

In allen Gesundheitssystemen ist ein ständiges Ringen um Einfluss zu beobachten und die Gewichte verschieben sich immer wieder neu. Während der Pandemie erfuhren beispielsweise Prävention und Public Health eine ungeahnte Priorität. Im Schweizer System scheinen uns bei allem Hin und Her vergleichsweise wenig Ungleichgewichte (oder auch konflikthafte Verhärtungen) zwischen den Kräften vorhanden zu

sein. So gesehen funktionieren unsere «Checks and Balances» gut. Die Kehrseite davon ist ein tendenzieller Stillstand, wenn wichtige Reformschritte anstehen, siehe integrierte Versorgung, kohärentes Vergütungssystem oder nützlich ausgestaltete Digitalisierung.

Die FMH beklagt eine zunehmende «dysfunktionale Mikroregulierung», die zu einer aufgeblähten Gesundheitsbürokratie und damit zu einem Verlust der Fachkräfte führe. Was ist Ihre Meinung dazu?

Die FMH «leidet» wohl wie alle Akteure im Gesundheitswesen an der Diffusität der Steuerung des Systems. Zum anderen hat die Ärzteschaft in den letzten Jahrzehnten ohne Zweifel Autonomieverluste hinnehmen müssen (aber davon führt kein Weg mehr zurück), und zum dritten ist sicherlich spürbar, dass an Motivationslagen der Ärzteschaft gekratzt wird. Das kann und soll Sorgen bereiten.

Eine neue Zulassungsregulierung soll eine «Überarztung» verhindern. Gleichzeitig nehmen die Auslandabhängigkeit der Ärzteschaft und die Gefahr des Hausärztemangels zu. Wie interpretieren Sie das? Ist das ein Systemproblem? Ein Organisations- und Planungsfehler? Oder Ausdruck der Politikunfähigkeit?

Es war und ist offenbar zu verführerisch, den nationalen Mangel durch die Abwerbung internationaler Kräfte kompensieren zu können. Aber das ist keine Dauerlösung. Sowohl dieses Problem als auch der Hausärztemangel zeigen, dass nur in vernetzter Weise agiert werden kann. Das ist kein Planungsfehler eines einzelnen Akteurs. Es braucht eine Systemlösung, indem alle verschiedenen Akteure (Politik, Fakultäten, Krankenkassen, Leistungserbringer etc.) ihren Beitrag leisten müssen, um wirksame Reformen einzuleiten. Schliesslich kann man niemanden zwingen, Hausärztin oder Hausarzt zu werden. Es braucht ein ganzes Bündel an Massnahmen auf verschiedenen Ebenen, um die Situation zu verbessern, wie es dies beispielsweise der Kanton Bern mit einem entsprechenden Förderprogramm tut. Auch das sogenannte «Task-Shifting» weg von der Ärzteschaft zu anderen qualifizierten Gesundheitsberufen sollte sinnvoll vorangebracht werden.

Ist die Digitalisierung des Gesundheitswesens systemrelevant?

Die Digitalisierung ist enorm wichtig, für Vernetzung wie Qualität wie Forschung, also schlicht unumgänglich. So wichtig das ist, so wenig werden sich die administrativen Aufwände dadurch verringern. Das ist die schlechte Nachricht dabei. Und der riesige Reformstau in diesem Bereich macht die Aufgabe auch nicht einfacher.

*Die Fragen stellte
Bernhard Stricker, Redaktor Synapse*

Partizipation von Betroffenen in der Forschung: Wie kann das funktionieren?

Die Partizipation von direkt Betroffenen (Patientinnen, Patienten, Angehörigen oder Ärztinnen, Ärzten) in der Forschung entspricht politischen und gesellschaftlichen Forderungen, ist aber noch längst nicht Standard. Und dies, obwohl wir wissen, wie wichtig Patientenbeteiligung sein kann. Was bedeutet Partizipation von Betroffenen in der Forschung genau?

Helen Koechlin



Jana Hochreuter



Sabina Heuss



PD Dr. phil. Helen Koechlin und Jana Hochreuter MSc arbeiten für die Psychosomatik und Psychiatrie, Universitäts-Kinderspital Zürich, für die Gesundheitspsychologie des Kindes- und Jugendalters, Institut für Psychologie, Universität Zürich, und für das Schweiz. Forschungszentrum für das Kind (FZK), Universitäts-Kinderspital Zürich.

Prof. Dr. Sabina Heuss lehrt und forscht an der School of Business, Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) in Muttenz.

Die Geschichte von Jill Lawson und ihrem Sohn Jeffrey zeigt dies eindrücklich: Jeffrey Lawson kam 1985 in der 25. Schwangerschaftswoche zur Welt. Kurz nach der Geburt wurde er operiert, wobei an ihm unter anderem ein Einschnitt vom Brustbein bis zur Wirbelsäule vollzogen wurde, seine Rippen aufgebrochen und eine Arterie in der Nähe seines Herzens abgebunden wurde. Während der gesamten Operation erhielt Jeffrey lediglich Pavulon, ein Medikament, das ihn bewegungsunfähig machte, aber bei vollem Bewusstsein liess (Lawson, 1986). Entsprechend der damaligen Lehrmeinung ging die behandelnde Anästhesistin davon aus, dass Früh- und Neugeborene keine Schmerzen empfinden würden und Jeffrey in seinem fragilen Zustand keine Anästhetika tolerieren könne (McGrath, 2011). Erst das von Jeffreys Mutter Jill angestossene Engagement hat dazu geführt, dass die öffentliche Aufmerksamkeit auf das Thema gelenkt wurde – in der Folge passten medizinische Fachgesellschaften ihre Empfehlungen an. Heute ist es wissenschaftlicher und klinischer Konsens, dass Früh- und Neugeborene Schmerzen empfinden und eine angemessene Schmerzkontrolle gerade auch in der Neonatologie wichtig ist. Jeffrey Lawson ist einige Wochen nach der Operation gestorben. Der Zusammenschluss der Eltern, Forschenden sowie Ärztinnen und Ärzten hat aber in diesem Beispiel – und in vielen weiteren – dazu geführt, dass die klinische Praxis verändert wurde. Im Normalfall dauert dieser Prozess lange: In der Literatur finden sich unterschiedliche Schätzungen, häufig wird ein Schnitt von 17 Jahren angegeben, bis Ergebnisse aus der medizinischen Forschung in der Praxis ankommen (Grol et al., 2013; McGrath, 2011; Z. S. Morris et al., 2011; Westfall et al., 2007). Ein wirksames Mittel, um diese lange Dauer zu verkürzen, ist der Einbezug von direkt Betroffenen in den Forschungsprozess (Grol et al., 2013; Harvey & Kitson, 2015).

«Nothing about us without us!»

Aber was bedeutet Partizipation von Betroffenen in der Forschung genau? Es bedeutet, Forschung, die mit und von Mitgliedern der Öffentlichkeit durchgeführt wird und nicht über oder für sie (Bellows et al., 2015; Duffett, 2017; M. Morris et al., 2020). Patientenpartizipation wird auch als Patientenbeteiligung oder Patient- and Public-Involvement (PPI) bezeichnet.

Die Forderungen des Miteinbezugs werden durch die gesellschaftlichen Egalisierungsentwicklungen einerseits und aus politischen Forderungen andererseits genährt.

Beispielsweise wurde bereits 2013 in der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020 der verstärkte Einbezug der Patientinnen und Patienten gefordert (BAG, 2019; Haslbeck et al., 2016). Dabei soll sich die Partizipation gerade auch explizit auf die Forschung beziehen, und dies entlang des gesamten Ablaufs, also von der Planung eines Forschungsprojekts über die Durchführung bis zur Verbreitung der Ergebnisse (Domecq et al., 2014).

Die Kombination von erfahrungsbasiertem Wissen und krankheitsspezifischer Expertise führt zu einer erhöhten Relevanz der Forschungsprojekte, höherer Glaubwürdigkeit der Resultate und zur Stärkung der Patienten- und Patientinnenrechte. Der Blick von Betroffenen «von aussen» (oder eben gerade «von innen») hilft ganz konkret, Versorgungsabläufe, Prozesse und Versorgungsqualität zu verbessern (Adams et al., 2015). Die medizinische Versorgung kann besser an die Bedürfnisse von Betroffenen angepasst werden (Frosch & Elwyn, 2014), insbesondere auch an Patientengruppen, die schwer erreichbar sind. Sie kann auch dabei helfen, die Verschwendung von Forschungsressourcen zu vermindern und dadurch Personal, Kosten und Zeit zu sparen (Barello et al., 2014; Domecq et al., 2014; Manafo et al., 2018; McGrath, 2011; Nissen et al., 2018; Shen et al., 2017; Shippee et al., 2015). Besonders wichtig scheint uns, dass ein Forschungsprojekt, das gemeinsam mit Patientinnen und Patienten durchgeführt wird, zu einem erhöhten Verständnis und Akzeptanz von Wissenschaft und Forschung in der Gesellschaft allgemein führen kann. Dies kommt den Forschenden direkt zugute, wenn Studienteilnehmende eher in der Studie verbleiben und damit die Drop-out-Quote verringert werden kann (Woolf et al., 2016).

Wie können Betroffene in die Forschung einbezogen werden?

Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte sowie andere direkt Betroffene können auf verschiedene Weise in die Forschung einbezogen werden, darunter:

- **Partizipation:** Patientinnen und Patienten können an der Planung, Durchführung und Auswertung von Forschungsstudien beteiligt sein. Dies kann durch die Mitarbeit in Patientenkomitees, die Teilnahme an Fokusgruppen oder die Durchführung von Interviews mit Patientinnen erfolgen.
- **Beratung:** Patientinnen und Patienten können als Beraterinnen und Berater für Forschende tätig sein. Sie können dabei helfen, Forschungsfragen zu identifizieren, die für Patienten relevant sind, und die Ergebnisse von Studien zu interpretieren.
- **Erfahrungsberichte:** Betroffene können ihre Erfahrungen mit einer Erkrankung oder Behandlung in Form von Erfahrungsberichten teilen. Diese Berichte können für die Forschung und die Entwicklung neuer Behandlungsmethoden von grossem Wert sein.

Die diversen Arten von Partizipation unterscheiden sich insbesondere hinsichtlich der Rollenverteilung zwischen Forschenden und Betroffenen, das heisst in Bezug auf die Fragen, wer Teil des Forschungsteams ist und wer extern bleibt sowie wer die Verantwortung trägt und die Entscheidungsmacht innehat (Bammer, 2019; Etchegary et al., 2022).

Wie kann Partizipation konkret aussehen?

Ein aktuelles Beispiel der Partizipation von Kindern, Eltern und medizinischen Fachpersonen stammt aus der Forschung zu chronischen Schmerzen. Dort wurden drei Gruppen mittels eines semistrukturierten Interviews zu Schmerzen und anderen Erfahrungen rund um eine grosse orthopädische Operation befragt, um Input zu potenziellen Schwierigkeiten und Vorschlägen zur Verbesserung in diesem Prozess zu erhalten. Dafür wurden beispielsweise an die Eltern Fragen gestellt wie: «Denken Sie, dass das Krankenhaus vor der Operation gute Arbeit leistet, um die Kinder und ihre Familien auf die Zeit nach der Operation vorzubereiten und ihnen zu helfen?» Die Ergebnisse haben klar gezeigt, dass Eltern, Kinder und medizinische Fachpersonen sich eine psychosoziale Intervention wünschen, die sie dabei unterstützt, die Phase rund um die Operation besser zu planen und zu verarbeiten (Rabbitts et al., 2017). Die Ergebnisse dieser Interviews haben die Entwicklung einer perioperativen Intervention direkt beeinflusst (Rabbitts et al., 2021). Diese wird aktuell in einer randomisierten kontrollierten Studie getestet (Murray et al., 2022).

Weitere Beispiele sind das Projekt «Patientenbeteiligung in der Krebsforschung», das vom Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) initiiert wurde und in dem Patientinnen und Patienten in die Planung und Durchführung von Krebsforschungsprojekten eingebunden sind (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2023), oder das Projekt «Patientenbeteiligung in der Entwicklung von Versorgungsleitlinien», in dem Patientinnen und Patienten in die Entwicklung von Versorgungsleitlinien für chronische Erkrankungen eingebunden werden (Arzneimittel-

kommission Der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ et al., 2022).

Wie gelingt Partizipation?

Der Einbezug von Patientinnen und Patienten kann logistische, zeitliche und finanzielle Herausforderungen mit sich bringen. Folgende Massnahmen können dabei helfen, diese besser zu bewältigen: Eine zentrale Massnahme ist die Ausbildung und Qualifizierung sowohl der Forschenden als auch der Forschungseinrichtungen.

Es ist von entscheidender Bedeutung, dass Forschende in der Lage sind, Patientinnen und Patienten aktiv und effektiv in den Forschungsprozess einzubeziehen.

Dies erfordert ein Verständnis für die Bedürfnisse und Erwartungen der Patientinnen und Patienten sowie die Fähigkeit, eine transparente und respektvolle Kommunikation aufzubauen. Forschungseinrichtungen sollten Schulungsprogramme und Ressourcen bereitstellen, um ihre Mitarbeitenden bei der Entwicklung dieser Fähigkeiten zu unterstützen.

Darüber hinaus ist die Entwicklung von Tools und Ressourcen von entscheidender Bedeutung. Diese Tools sollen Forschenden und Forschungseinrichtungen helfen, den Prozess des Einbeziehens effizienter und effektiver zu gestalten. Dazu gehören beispielsweise Leitfäden, Checklisten und Online-Plattformen, die den Austausch von Informationen und die Zusammenarbeit zwischen Forschern und Patienten erleichtern. Solche Ressourcen können dazu beitragen, Barrieren abzubauen und die Einbeziehung von Patienten in die medizinische Forschung zu erleichtern.

Neben der individuellen Qualifizierung und den Tools ist die Etablierung von Netzwerken und Kooperationen ein weiterer Schlüssel zur erfolgreichen Einbeziehung von Patientinnen. Forschende, Forschungseinrichtungen und Patientinnen sollten enge Kooperationen eingehen, um gemeinsam an Forschungsprojekten zu arbeiten. Diese Partnerschaften können den Informationsaustausch fördern, Synergien schaffen und die Patientenperspektive in den Mittelpunkt der Forschung rücken. Die Schaffung von Plattformen für den Dialog und die Zusammenarbeit zwischen diesen Akteuren kann eine nachhaltige Integration von Patienten in die medizinische Forschung gewährleisten.

Insgesamt sind diese Massnahmen entscheidend, um die Einbeziehung von Patienten in die medizinische Forschung in der Schweiz zu fördern und die Qualität und Relevanz der Forschungsergebnisse zu steigern. Durch die Ausbildung und Qualifizierung, die Entwicklung von Tools und Ressourcen sowie die Etablierung von Netzwerken und Kooperationen kann eine patientenzentrierte Forschungskultur gefördert werden.

*PD Dr. phil. Helen Koechlin,
Jana Hochreuter, MSc., Prof. Dr. Sabina Heuss*

Literaturangaben:
siehe synapse-online.ch



Werfen wir die Flinte ins Korn – ein Gastkommentar

Über den Unterschied zwischen komplizierten und komplexen Systemen.

Sabina Heuss



Prof. Dr. Sabina Heuss lehrt und forscht an der School of Business, Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW), Muttenz.

Nichts zu machen, es ist aussichtslos. Das Gesundheitswesen lässt sich nicht steuern. Es lässt sich nicht einmal kontrollieren. Das liegt nicht an der Unfähigkeit der Menschen, die ihr Bestes geben, um das System zu kontrollieren. Auch nicht am fehlenden Willen, das Steuer des Systems zu übernehmen.

Es liegt in der Komplexität des Gesundheitssystems, das von Natur aus nicht steuerbar und damit nicht kontrollierbar ist:

Zu vielfältig sind die Interessen der Stakeholder, zu verflochten die Abläufe, zu unterschiedlich die Ansprüche, zu kompliziert und komplex ist das System. Also nichts zu machen. Wirklich?

Die Unterscheidung von kompliziert und komplex ist im Zusammenhang mit dem Begriff System von entscheidender Bedeutung. **Komplizierte Systeme** wie beispielsweise eine Rakete sind zwar schwer zu verstehen, sind aber durch Regeln und Wissen nachvollziehbar. Der schöne Ausdruck «it's not rocket science» ist eigentlich falsch: Rocket Science ist nachvollziehbar, kompliziert ja, aber durchschaubar.

Komplexe Systeme hingegen zeichnen sich durch eine grosse Anzahl Elemente, umfangreiche Wechselwirkungen, Intransparenz und Zielkonflikte aus. Komplexe Systeme sind nicht reduzierbar und nahezu unüberschaubar. Beispiele für komplexe Systeme sind der Regenwald, das menschliche Gehirn oder eben das Gesundheitssystem.

Am Gesundheitssystem sind zahlreiche Akteure beteiligt, von Patientinnen und Bürgern über den Staat bis hin zu den Versicherungen und unterschiedlichsten Leistungserbringern. Die Interaktionen innerhalb des Systems sind umfangreich, miteinander verknüpft und bilden darüber hinaus eigene Sub-Netzwerke.

Das System ist offen. Es agiert mit weiteren gesellschaftlichen Systemen wie beispielsweise dem Wirtschaftssystem, dem Politiksystem und dem Wissenschaftssystem. Komplexe Systeme sind emergent. Sie entwickeln plötzlich neue Eigenschaften, die sich nicht aus der Summe der bestehenden Eigenschaften einzelner Akteure erklären lassen. Diese Komplexität, die Interdependenzen, die Fähigkeit, sich selbst zu organisieren und weiterzuentwickeln, machen es schwierig und oft unmöglich, ein komplexes System zu durchschauen.

Die Betrachtung des Gesundheitssystems als komplexes System lässt erkennen, warum Kontrolle und Steuerung des Systems so schwierig sind. Und erklärt auch, warum bisherige Änderungs- und Verbesserungsversuche nur geografisch kleinräumig ausgerichtet waren oder auf einen klar definierten Bereich des Gesundheitswesens abzielten wie zum Beispiel auf ein Abrechnungsverfahren für eine Behandlungsmethode.

Solche Versuche basieren auf der irrigen Annahme, Fehler in komplexen Systemen wie Fehler in komplizierten Systemen zu korrigieren: auseinanderbauen, reparieren, zusammenschrauben. Dies mag bei der Rakete funktionieren, nicht jedoch bei einem komplexen System. Niemand ist allein «zuständig» für ein komplexes System, wie das Beispiel des Verhaltens von Vögeln in einem Schwarm veranschaulicht. Es kann daher weder top-down «geheilt» werden, noch ist eine einzelne Düse oder Schraube (single point of control) für das Funktionieren des Gesamtsystems zuständig.

Eine grundlegende Veränderung in einem komplexen System kann nur durch eine Gesamtsystemänderung herbeigeführt werden, wie sie in einem systemischen Ansatz zu finden ist.

Ein systemischer Ansatz trägt der Komplexität des schweizerischen Gesundheitssystems Rechnung und anerkennt, dass einzelne Akteure innerhalb des Systems nicht gesteuert und kontrolliert werden können.

Nur durch den Einbezug aller Akteure und ein gemeinsames Systemziel kann ein anpassungs- und widerstandsfähiges, finanziell und sozial tragbares und nachhaltiges Gesundheitssystem entwickelt werden. Für das Erreichen des Ziels stehen nicht die Kosten einer Aktivität im Vordergrund, sondern der Wert der Aktivität in Bezug auf das Ziel.

Die Aktivitäten der Beteiligten werden nicht kontrolliert, sondern der Wert der Aktivitäten wird belohnt, solange er dem gemeinsamen Ziel des Systems entspricht. Dies bedingt ein profundes Verständnis des gemeinsamen Ziels und die Wertschätzung aller Systembeteiligten. Daher spricht der systemische Ansatz weniger von Steuerung und Kontrolle als von Designing oder Gestaltung.

Erst wenn wir die systemische Natur des Gesundheitswesens akzeptieren, können wir be-

ginnen, es zu gestalten, anstatt zu kontrollieren. Wir können es gemeinsam weiterentwickeln, statt brachial zu versuchen, das System in eine Richtung zu steuern. Komplexe Systeme lassen sich eben nicht steuern. Diese philosophisch anmutende Betrachtungsweise des Systems führt dazu, dass die Beteiligten das System, die Ziele und die Auswirkungen des eigenen Handelns verstehen, schätzen und Anreize haben, diese zu verfolgen.

Es ist eine grosse Herausforderung, die radikale Neugestaltung des Gesundheitswesens anzupacken. Doch in der System-, Transformations- und Change-Forschung gibt es validierte und innovative Ansätze, die herbeigezogen werden könnten, um die Komplexität zu bewältigen,

siehe zum Beispiel Systemic Innovation, Systemic Design. Die Forschungsmethoden beruhen auf partizipativen Modellen, langfristigen Prozessen, dem Einbezug aller Systemakteure, der Erleichterung interdisziplinärer Interaktionen und der Incentivierung von Innovation.

Diese neue Denk- und Betrachtungsweise eines systemischen Ansatzes könnte als Richtschnur für die Transformation des Gesundheitswesens dienen. Einen Versuch wäre es wert, bevor wir die Flinte endgültig ins Korn werfen.

Prof. Dr. Sabina Heuss

(Dieser Text wurde erstmals publiziert in Medinside am 16.6.2023)

Buchbesprechung

«Rettet die Medizin»

Ärztinnen und Ärzte stehen immer stärker unter Druck, ihre Patientinnen und Patienten primär nach ökonomischen Kriterien zu behandeln. Dagegen beginnt sich nun Widerstand zu regen, und zwar immer mehr und lauter auch aus ärztlichen Kreisen selbst. In seinem Buch *Rettet die Medizin! Wie Ärzte das Ruder wieder selbst in die Hand nehmen können* plädiert Prof. Dr. med. Peter Pramstaller überzeugend, warum es Zeit ist, dass Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf verteidigen und ihr Schicksal (wieder) selbst in die Hand nehmen müssen.

Dazu gehört laut Pramstaller nicht nur medizinisches, sondern auch unternehmerisches und ökonomisches Wissen. Er kritisiert vor allem die aus der Industrieproduktion übernommene Fixierung auf Rationalisierung, Effizienzsteigerung und Gewinnstreben, die zu zahlreichen Fehlentwicklungen geführt und die Medizin ihrer eigentlichen Inhalte beraubt habe. Er ruft deshalb seine Berufskolleginnen und -kollegen auf, mehr Verantwortung zu übernehmen, auch politische und ökonomische.

Waren Ärzte bisher nur ihrem Gewissen und ihren Patienten verpflichtete interdisziplinäre Denker und Entscheider, so verloren sie im Laufe der vergangenen Jahrzehnte schrittweise ihre Entscheidungskompetenz, wie sie ihren Beruf ausüben. Der Grund liegt seiner Analyse nach in einem dem Gesundheitswesen ohne zentrale Beteiligung der Ärzteschaft übergestülpten Managementsystem, das sich an der Industrieproduktion orientiert.

Pramstaller fordert die Ärztinnen und Ärzte auf, sich neben medizinischen Kenntnissen auch Führungswissen anzueignen: *Wir brauchen auch ökonomische und organisatorische Grundkenntnisse. Doch die werden weder angehenden noch bereits praktizierenden Ärzten systematisch vermittelt.*

Pramstaller beobachtet zudem eine Entwicklung, die auf einen «Tipping Point» zusteuert, einen Umkip- oder Wendepunkt: *Im Gesundheitswesen steuern wir fraglos auf einen Tipping Point zu, und es liegt an uns Ärzten, dafür zu sorgen, dass sich die Richtung ändert und sich die Medizin wieder ihrem Sinn- und Wesenskern zuwendet: der Verhinderung, Heilung und Linderung von Leiden.*

«Das bedeutet nicht, dass wir uns ökonomischen Rahmenbedingungen und Grenzen verweigern und sie negieren, wohl aber, dass wir selbst darüber bestimmen müssen, wie wir das Vorhandene zum grösstmöglichen Wohl der Patienten einsetzen.»

Die Versuche, der Medizin fachfremde und praxisferne Veränderungen von aussen zu verordnen, sind nach Ansicht von Pramstaller weitgehend gescheitert.

Nur die Ärztinnen und Ärzte verfügten über die erforderliche Fachkompetenz und Praxiserfahrung, um über eine sinnvolle Ressourcenverteilung und über zentrale Weichenstellungen zu entscheiden, denn nur sie könnten die komplexen Folgewirkungen für ihre Patientinnen und Patienten und ihre Behandlung abschätzen. Wörtlich schreibt Pramstaller: *Damit Ärzte ihre Veränderungsfunktion erfüllen können, müssen sie ihre Verweigerungshaltung gegenüber dem System aufgeben und sie gegen eine auf persönlicher Verantwortung basierende Führungsbereitschaft austauschen. Denn dass es zu den allseits beklagten Fehlentwicklungen gekommen ist, hat seine Ursache teilweise auch in dem Rückzug der Ärzte aus ihrer systemischen Führungsverantwortung.*

Bernhard Stricker, Redaktor Synapse



«Rettet die Medizin! Wie Ärzte das Ruder wieder selbst in die Hand nehmen können» von Dr. med. habil. Peter P. Pramstaller, Neurologe am Zentralkrankenhaus Bozen (Südtirol) sowie Wissenschaftler und Leiter des Institutes für Biomedizin an der Europäischen Akademie in Bozen. MWV, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2016

Schlagwörter

(S)Teuerung

Karin Hirschi-Schiegg



Nur ein Buchstabe unterscheidet die beiden Wörter, und auch in Wirklichkeit sind sie oft nahe beieinander. Das staatliche Einheitsrezept bezüglich der Kosten im Gesundheitswesen lautet denn auch: Teuerung erfordert Steuerung. Ein Auto muss man dem Strassenverlauf entsprechend steuern. Würde man bei einer leichten Linkskurve heftig nach links einschlagen, käme man genauso von der Strasse ab, wie wenn man einfach geradeaus fahren wollte, und wenn es geradeaus geht, muss man nicht am Lenkrad drehen. Man muss sich immer zuerst vergewissern, ob eine Richtungsänderung überhaupt nötig ist. Die Frage ist nun: Braucht es eine Richtungsänderung bei den Gesundheitskosten?

Unbedingt!, sagen uns Medien und Politik: Die «Strasse» der Gesundheitskosten sei dermassen krumm, dass man unbedingt steuern müsse. Wie sieht es tatsächlich aus? Um 2,6% steigen die Gesundheitskosten jährlich im Durchschnitt, und in der gleichen Grössenordnung steigt auch das Bruttoinlandprodukt; 2022 waren es zufällig sogar genau 2,6%. Die «Strasse» ist also schnurgerade. Da fragt sich der unbescholtene Bürger schon, warum am Steuerrad herumgerissen werden soll.

Doch, doch, dazu gebe es dringenden Bedarf, man müsse sich nur die Prämien ansehen! Diese steigen ja tatsächlich stark. Da haben wir wirklich eine «Kurve» vor uns und müssten steuern. Die Frage ist nur: Was müsste man steuern? Die Kosten? Oder vielleicht doch eher die Prämien? – Letzteres würde die heikle Frage aufwerfen: Wer steuert eigentlich die Prämien?

Die Antwort darauf weiss ich nicht. Aber aus dem Begleitbrief einer Krankenkasse zur neuen Jahrespolice erahne ich, dass man seine liebe

Not hat, die Prämienhöhung den Versicherten zu «verkaufen», da die Prämien um weit mehr als um 2,6% steigen.

Der besagte Begleitbrief ist ein grafisch ansprechend gestaltetes Faltblatt. Schlägt man es auf, findet man nebst gemütvollen Fotos zuoberst den Satz: Keine Prämienhöhung. Gemeint sind die Zusatzversicherungen. Die nächste grosse Überschrift lautet: Prämien bleiben unverändert. Bei der Taggeldversicherung nämlich. Dann kommt man zu einer Liste von Vorzügen, die die Versicherten bei dieser Kasse geniessen. Erst wenn man einen weiteren Teil des Faltprospektes öffnet, findet man eine Seite, auf der (so quasi «per exgüsi») erklärt wird, dass die Prämien der Grundversorgung steigen müssen, weil die Gesundheitskosten «stark steigen». Dort steht weiter, die Prämien der obligatorischen Grundversicherung «entwickelten sich» (sie werden also nicht gesteuert!) «parallel zu den Gesundheitskosten». Diese würden je nach Kanton und den dortigen Leistungen unterschiedlich ausfallen, darum seien auch die Erhöhungen je nach Kanton anders, nämlich zwischen 4 und 9%; und nur der Kasse und ihren Abfederungsmassnahmen sei es zu verdanken, dass die Prämienhöhung nicht noch stärker ausfallen würde.

Schlau formuliert. Gekonnt wird die (für die Kassen) hässliche Falle des tatsächlich nur moderaten Kostenanstiegs umgangen. Es heisst im Begleitbrief ja nur, die Kosten würden je nach Kanton unterschiedlich steigen. Wer wollte das bestreiten? Solange keine *konkreten* Zahlen zum Kostenanstieg genannt werden, können die Versicherten nicht selber nachrechnen. Sonst kämen sie relativ einfach darauf, dass sich die Prämien eben nicht «parallel» zu den Kosten, sondern überproportional dazu «entwickeln».

Aber selbst für den unwahrscheinlichen Fall, dass jemand (nachdem er sich die einschlägigen Zahlen besorgt hat) der Sache auf die Schliche kommt, hat man auf der letzten Seite des Begleitbriefs vorgesorgt. Da steht nämlich, die Sicherheit der Versicherten sei gewährleistet durch «nachhaltige Planung» sowie «finanzielle Reserven». Aha. Also doch Planung. Und wer steuert die Reserven?

Auch darauf weiss ich keine Antwort. Aber etwas wissen wir sicher: Das «Auto» auf der «Strasse der Gesundheitskosten» wird massiv über(s)teuert, und es droht im Strassengraben zu landen, wenn es uns nicht gelingt, Gegensteuer geben.

Dr. med. Karin Hirschi-Schiegg,
Mitglied Redaktion Synapse



Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel | uniham-bb

Wichtige Termine 2023 und 2024



Dienstagmorgen-Fortbildungen im KSBL Liestal, Aula Feldsäge, 7.45–8.30 Uhr

5. Dezember 2023, «Dyslipidämien – immer, gezielt oder gar nicht behandeln?»

PD Dr. Thilo Burkard

23. Januar 2024, «Häufige endokrinologische Fragen im ambulanten Bereich»

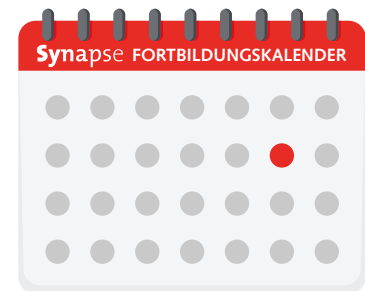
PD Dr. med. Elsika Potluková

Achtung: Diese Veranstaltung findet ausnahmsweise im Hörsaal KSBL (Behandlungstrakt, Notfalleingang, 1. OG) statt.

30. April 2024, «Infektiologie – Neue insektenübertragene Erkrankungen»

Prof. Dr. med. Philip Tarr

Nutzen Sie den Fortbildungskalender unter <http://fortbildungskalender-synapse.ch/>



Diese Plattform für die Fortbildungen der Grundversorgerinnen und Grundversorger in der Nordwestschweiz wird betreut durch den Hausarzt Dr. med. Julian Mettler, der für die Auswahl der Einträge zuständig ist. Er macht diese Arbeit, um für sich und seine Kolleginnen und Kollegen etwas mehr Übersicht über das vielfältige Fortbildungsangebot zu schaffen, selbstverständlich ohne Honorar.



Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
 Ärztegesellschaft Baselland
 Hofackerstrasse 40A
 4132 MuttENZ
 E-Mail: synapse@synapse-redaktion.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger,
 Facharzt für Urologie FMH
 Dr. med. Karin Hirschi-Schiegg
 Dr. med. Christiane Leupold-Gross,
 Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH
 Dr. med. Carlos Quinto MPH,
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern
 Ruedi Bienz, ehemaliger Geschäftsführer EMH

Inserate

SciMed AG
 Matthias Scholer
 Stallenrain 24
 4103 Böttmingen
 Tel. 061 271 20 50
 E-Mail: scholer@scimed.ch

Layout, Satz und Litho

bido-graphic GmbH, MuttENZ

Druck

Werner Druck & Medien AG, Basel

printed in
switzerland

© 2023. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, elektronische Wiedergabe und Übersetzung, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion Synapse gestattet.

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–
 Für Mitglieder der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel ist das Abonnement der Synapse im Jahresbeitrag enthalten.

«Synapse» im Internet:

www.synapse-online.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe:

15. Januar 2024



Sekretariat der Ärztegesellschaft Baselland
 Hofackerstrasse 40A, CH-4132 MuttENZ
 Tel. 061 465 50 50, E-Mail: aeg-bl@hin.ch
www.aerzte-bl.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel
 Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
 Freie Strasse 3/5, CH-4001 Basel
 Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
 E-Mail: info@medges.ch

Vielen Dank für Ihre Unterstützung 2023!

Die Redaktion der *Synapse* dankt den Autorinnen und Autoren für ihre exzellenten fachlichen Beiträge, den Interviewpartnerinnen und -partnern für ihre interessanten Statements und Antworten in den sechs Ausgaben des Jahres 2023 sowie den Inserenten für ihre Unterstützung.

Autorinnen und Autoren sowie Interviewpartnerinnen und -partner 2023

Bachmann Nicole, Prof. Dr., Dozentin HSA FHNW

Bachmann Ruedi, Dr. med., pensionierter Hausarzt im Kleinbasel

Bally Klaus, Dr. med., ehemaliger Hausarzt, Mitglied der Kommission GGG Voluntas

Batache Djamilia, Anwältin, Kanzlei Kellerhals Carrard, Basel

Bayer-Oglesby Lucy, Dr. sc. nat., Projektleiterin SIHOS, Senior Researcher HSA FHNW

Berchtold Peter, PD Dr. med., Studienleiter MAS «Leading Learning Healthcare Organisations» an der Universität Bern

Bingisser Roland, Prof. Dr. med., Chefarzt Notfall Universitätsspital Basel

Cordes Mareike, Dr. med., Verantwortliche Masterstudium Humanmedizin, Med. Fakultät, Universität Basel

Dreyfus Roger, Dr. med., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Basel

Eberhardt Christiane, Pflegeexpertin am HAH der Klinik Arlesheim

Eckstein Jens, Prof. Dr. med., Chief Medical Information Officer (CMIO), Universitätsspital Basel

Gilli Yvonne, Dr. med., Präsidentin der FMH

Grob Heini, Dr. med., Facharzt für Dermatologie und Venerologie

Heuss Sabina, Prof. Dr., lehrt und forscht an der School of Business, Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) in Muttenz

Hochreuter Jana, MSC, Psychosomatik und Psychiatrie, Universitäts-Kinderspital Zürich

Hoffmann Joel, K-Tipp

Horak-Auer Elisabeth, Kinderärztin, Innsbruck

Imseng Nicola, Projektmanager Kommunikation, Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz

Koehlin Helen, PD Dr. phil., Psychosomatik und Psychiatrie, Universitäts-Kinderspital Zürich

Kraft Esther, Leiterin Abteilung DDQ (Daten, Demographie und Qualität) der FMH

Kweitel Wolfgang, Leiter Public Affairs, Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz

Maria Solè, M.A., Senior Researcher HAS FHNW

Martinelli Enea, Dr. pharm., Chefapotheker Spitäler fmi AG, Vizepräsident Pharmasuisse

Mateos Susana, Dr. med., Kinderärztin

Mathis Dominic, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats,
Oberarzt Kantonsspital Baselland

Mettler Julian, Dr. med. Verantwortlicher Fortbildungskalender Synapse

Müller Conrad E., Dr. med., MBA, Vizepräsident der AeGBL



Oetterli Manuela, Dipl. Natw. ETH und MPH, Wissenstransferbeauftragte NFP 74
Ott Rudolf, Dr. med. ehemaliger Hausarzt und Präsident der Ärztesgesellschaft Baselland, Präsident des Ehrenrates der AeGBL
Pieth Marc, Dr. Dr. h.c., em. Ordinarius für Strafrecht, Strafprozessrecht und Kriminologie, Universität Basel
Pöchtrager Severin, Dr. med., Leitender Arzt Klinik Arlesheim und verantwortlicher für Hospital at Home der Klinik
Rau Angelina, (BSc., MLaw, PhD Biomedical and ethics cand., MME cand) Geschäftsführerin Swiss Healthcare Startups (SHS)
Schifferli Jürg A., em. Professor Innere Medizin, Med. Fakultät Basel, Leiter AlumniMedizin
Schmitz Christof, Dr. med., Studienleiter MAS «Leading Learning Healthcare Organisations» an der Universität Bern
Schnyder Christoph, Dr. med., Arlesheim
Scholer Matthias, Dr. med. vet., Geschäftsführer scimed vetgate AG
Steinle Salomé, Projektleiterin und stv. Abteilungsleiterin Public Health, Gesundheitsberufe und Heilmittel FMH
Stierle-Wirz Caroline, Dr. med., Leitende Ärztin am HAH der Klinik Arlesheim
Wille Nora, Dr. phil., wissenschaftliche Mitarbeiterin FMH
Zehnder Stefanie, wissenschaftliche Mitarbeiterin Public Health Schweiz, Leiterin Sekretariat Allianz Ernährung und Gesundheit
Zimmermann Frank, Prof. Dr. med., Studiendekan Med. Fakultät, Universitätsspital Basel
Zumbrunn Andrea, Prof. Dr., Dozentin HSA FHNW
Zwahlen Marcel, Prof. Dr., geschäftsführender Direktor des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin an der Universität Bern

Inserenten 2023

Adulam Spital, Basel und Riehen
Ärztekasse
Hirslanden, Klinik Birshof
Labor Rothen
Ortho-Notfall – Merian Iselin, ortho-notfall.ch
Praxisstellen.ch
Psychiatrie Baselland, Liestal
Rheumazentrum Basel
Spitex Basel
Swiss Pain Institute/Schweizer Schmerzinstitut, Basel
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Zytglogge Verlag, Basel

Wir freuen uns auf eine weitere gute Zusammenarbeit im neuen Jahr, wünschen allen Leserinnen und Lesern, unseren geschätzten Autorinnen und Autoren sowie den Inserentinnen und Inserenten frohe Festtage und alles Gute im neuen Jahr,

**Ihre
Redaktion Synapse**





LABOR ROTHEN

Am Puls der Medizin.

Mit mednet patient sind Ihre Daten jederzeit in der App abrufbar.



Schnell und einfach registriert



Resultate mit wenigen Klicks abrufbar



Ergebnisse direkt aufs Mobilgerät



SCAN ME



Download on the
App Store



GET IN ON
Google Play